

Psychotherapie der Depression unter Annahme eines Depressionsgedächtnisses

Bachmann, Meinolf

Erstveröffentlichung / Primary Publication
Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bachmann, M. (2018). *Psychotherapie der Depression unter Annahme eines Depressionsgedächtnisses*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-57756-1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/1.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/1.0>

Psychotherapie der Depression unter Annahme eines Depressionsgedächtnisses

(Psychotherapy for depression under assumption of a depression memory)

Meinolf Bachmann

2018

Zusammenfassung

Basierend auf einem kognitiv-verhaltens-biologischen Ansatz, wird Depressivität als ein gescheiterter Versuch betrachtet, negative Gefühlslagen in Folge von Stresssituationen angemessen (herab) zu regulieren. Maladaptive „Bewältigungsstrategien“ (Copingstrategien) der Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung, die zunächst kurzfristig stark aber nicht anhaltend emotional erleichternd und entspannend wirken, entwickeln durch Konditionierungsprozesse eine eigene Dynamik und verselbständigen sich. Bei häufiger Anwendung dieser Strategien verändern sich die Strukturen des Belohnungssystems, die maladaptiven Strategien nehmen eine dominante Position ein und prägen ein persistierendes „Depressionsgedächtnis“ aus. In der Lebensbewältigung wirken sich diese Strategien, die nun phasenweise oder anhaltend nahezu autonom ausgelöst werden, jedoch allmählich stark dysfunktional aus, womit eine Verschlechterung der negativen Ausgangssituation einhergeht. Starke Depressivität geht im Gehirn in der Exekutive mit einer aktionalen Unter- (z.B. Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung) und in der Legislative mit einer kognitiven Überaktivität (intensives Nachdenken und Grübeln) einher. Therapeutische Implikationen zielen darauf ab, die Behandlung stärker darauf zu richten, das Belohnungssystem in funktionaler Weise zu rekonstruieren bzw. einen strukturellen Neuaufbau in Gang zu setzen, alternative Copingstrategien und ein vielfältiges Aktivitätenspektrum dauerhaft zu etablieren. Es sind neben psychischen Widerständen (z.B. eines mangelnden Selbstvertrauens) physiologische Widerstände (dysfunktionale Strukturen des autonomen Belohnungssystems) zu überwinden. Frage ist, ob die dazu notwendigen Methoden bisher ausreichend erforscht und entwickelt sind.

Schlüsselwörter: Psychoneurotherapie, Spielsucht / Depression, Belohnungssystem, annähernd autonome Reaktion, Depressionsgedächtnis

Summary

Based on a cognitive behavioral biological approach, depression is considered to be a failed attempt to cope appropriately with negative feelings in follow of stress situations. "Coping strategies" avoidance of action, passivity and activity limitation, the initially act in the short term but not strongly sustained affective relief and relaxing, develop through conditioning processes its own dynamics and become approximately autonomous.

With frequent use of strategies, the structures of the reward center are changed and a "depression memory" arises. The result is a "depression memory" that is linked already on the "facilitation strategies" (previously neutral) stimuli responsive and depressive behavior (avoidance of action, passivity and activity limitation) almost automatically triggers without a decision of the will is involved. The behaviorale symptoms of depression dominate the reward system. An under activity in the movement or action area of the brain is accompanied by an over activity in the cognitive domain, excessive and tormenting thinking. Finally depression causes massive health, social, psychological and physical damages. The affected person experiences this as a strongly negative affective consequence. The Self-esteem is severely impaired and attempts failed overcome physiological resistance of the reward system to free themselves from the harmful situation. Then, by a social or therapeutic support, initiation of high reward efficient actions is the beginning to overcome "helplessness" and replace the dysfunctional behaviour through constructive (short and long-term effective) stress reducing alternatives. Additional therapeutic implications are discussed.

Key words

Psychoneurotherapy, Gambling Disorder / Depression, Reward System, approximately autonomic reaction, assumption of a depression memory

1. Einleitung

Ein **zentraler Faktor** in dem hier behandelten kognitiv-verhaltens-biologischen Erklärungsansatz ist das **Belohnungssystem**, das die chemischen Botenstoffe dazu herstellt, ein „Wohlgefühl“ und einen „Ausgleich“ von stressbedingten negativen Gefühlen zu erreichen. Eine funktionale Störung dieses Systems kann zur Folge haben, dass sich das belohnungsfähige Verhaltensrepertoire stark reduziert und es zu einer Situation kommt, an kaum etwas mehr Interesse oder Freude zu haben. Nicht nur Suchtstoffe verändern das Belohnungssystem nachhaltig. Wissenschaftliche Erkenntnisse zum gestörten Glücksspielverhalten zeigen, dass **ein Verhalten** dazu in der Lage ist, tiefgreifende physiologische Veränderungen im Verstärkersystem hervorzurufen (Grüsser, et al. 2005). Bachmann & Röhr stellten ähnliche Überlegungen schon 1983 bei verschiedene Formen von Essstörungen, Bulimie und Magersucht (Bachmann & Röhr, 1983; Bachmann, 1992) an.

Es ist naheliegend die Frage zu stellen, ob es **anderes Verhalten** gibt, das einen ähnlichen Prozess generiert. Langjährige Erfahrungen in der Behandlung gestörten Glücksspielverhaltens führten zu dem Interesse, diese **Überlegungen auf Depressivität anzuwenden**. Es ist keineswegs beabsichtigt, depressive Störungen oder anderweitige Diagnosen als Abhängigkeiten zu klassifizieren. Vielmehr geht es darum, die Methoden zu verbessern, die von **neurophysiologischen Faktoren eines „Depressionsgedächtnisses“** beeinflusste **Aufrechterhaltung** eines selbst schädigenden Verhaltens zu stoppen und **Alternativen**, den Verhaltensaufbau einer **konstruktiven Gefühlsregulation, neu im Belohnungssystem zu etablieren**. Die medizinisch, psychotherapeutische Behandlung **der krankheits-spezifischen Symptome, Ursachen der Krankheitsgenese, psycho-sozialen Folgen der Erkrankung**, Auswirkungen auf die **allgemeine Lebensgestaltung und Gesundheit** sowie Rückfallprävention, sind nach wie vor bei den Krankheitsbildern verschieden und mit den herkömmlichen Methoden zu behandeln. Aus diesem Grund ist unentbehrlich, zusätzlich die gängige Literatur zur Behandlung der Depression heranzuziehen, da hier nur ein Teilaspekt des Krankheitsgeschehens (Hypothesen zu Wechselwirkungen zwischen psychischen Prozessen und neuronalen Vorgängen) näher in die Betrachtung einbezogen ist.

Zwischen dem gestörten Glücksspielverhalten und Depressivität (Ladouceur & Lachance, 2007) ist eine erhebliche Komorbidität vorhanden. Starke Parallelen zeigen sich in der Beeinträchtigung der Willensfunktion, unerwünschtes Verhalten nicht einstellen und erwünschte Verhaltensänderungen nur schwer umsetzen zu können.

Die **Grundannahmen** des hier dargestellten Erklärungsansatzes sind:

- in der Anfangsphase der Krankheitsgenese üben **spezifische (Coping-) Bewältigungsstrategien**, zur Stressreduktion / Steigerung des Wohlbefindens, zunächst einen **kurzfristig starken aber nicht anhaltend positiven Einfluss** auf die **Gefühls- bzw. Affektregulation¹** aus,
- unterbleibt gleichzeitig eine erfolgreiche **Bearbeitung der Ursachen** der psychisch belastenden Situation, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich die Ausgangslage durch längerfristig negative Folgen der gewählten Strategien verschlechtert,
- durch eine **häufige Wiederholung**, der sich allmählich maladaptiv entwickelnden Strategien, führen Konditionierungsprozesse dazu, dass sich im **Belohnungssystem ein selbst schädigendes persistierendes (Depressions-) Gedächtnis etabliert**.

Böning & Grüsser (2008) im Zusammenhang mit der Spielsucht: Es sei anzunehmen, dass jede Belohnung für das Gehirn verstärkend sei, unabhängig davon ob es sich bei den Verstärkern z.B. um pharmakologische Substanzen handle, die direkt auf Neurotransmitter wie das dopaminerge Belohnungssystem einwirken oder ob sich die Verhaltensweisen wie andere Umweltreize indirekt über Konditionierungsprozesse etablieren. Die **Automatisierung** des dysfunktionalen Verhaltens sei **nur im Zusammenhang mit neurobiologischen Vorgängen zu verstehen**.

¹ Die Begriffe Affekt/Gefühl/Emotion werden synonym verwendet

Kuhl (2001) spricht **im Zusammenhang mit schweren Depressionen² von einer Deformation des Belohnungssystems**. Nicht bearbeitete Ängste und äußere Bedingungen bildeten seiner Meinung nach z.B. den Impuls für die konditionierte, annähernd autonome Reaktion des Belohnungssystems, in aktionaler Passivität zu verharren, sich nicht "rühren zu können", notwendige Tätigkeiten nicht auszuüben und zu einem aktiven, strukturierten Tagesablauf nicht mehr fähig zu sein. Nach Kuhl sei dieser Vorgang im Gehirn von einer **Unteraktivität im aktionalen Bereich der Bewegungs- und Handlungssteuerung (Exekutive)** und einer **Überaktivität im kognitiven Bereich der Denk- und Willensfunktion (Legislative)** begleitet. Diese Kombination entspräche dem Paradoxon des intensiven Denkens an eigene Ziele und der Unfähigkeit sie in Handlung umzusetzen. Lindenmeyer (2004) sieht ebenfalls **Parallelen bei der Aufrechterhaltung** von nicht substanzgebundenem Suchtverhalten („Suchtgedächtnis“) und anderen psychischen Störungen wie Angst („Angstgedächtnis“) und Depressivität, die er auf strukturelle physiologische Veränderungen im Belohnungssystem zurückführt.

Der Konditionierungsprozess bei Depressivität ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Person in einer für sie schwer bewältigbaren Stresssituation (handlungs-) passiv und vermeidend reagiert. Es ist anzunehmen, dass die **Vermeidung** und eine dementsprechende **Inaktivität**, je nach belastenden Faktoren, eine **kurzfristig stark aber nicht anhaltend wirksame emotionale Erleichterung** zur Folge haben. Dem Erklärungsansatz der operanten Konditionierung entsprechend führt die Reduzierung der negativen Gefühlslage / Anstieg des Wohlbefindens und eine damit verknüpfte Reizgeneralisierung³, zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass die gewählten Vermeidungsstrategien verstärkt auftreten. Eine weitere Annahme lautet, dass ein fortschreitender operanter Konditionierungsprozess, positive und negative Verstärkung (Kanfer et al., 2000), eine **Umstrukturierung des Belohnungssystems** bewirkt, aus der heraus sich ein persistierendes „**Depressionsgedächtnis**“, als Teil des **autobiographischen Gedächtnisses**, entwickelt. Die angewandten stressreduzierenden Strategien sind die späteren Verhaltenssymptome (Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung) der Depressivität (Beck et al., 2010). Zunächst haben sie zwar eine (affektiv) erleichternde und stressreduzierende Funktion, tragen aber oftmals **nicht** zur Lösung der stressinduzierenden Situation bei. Stattdessen ist zu erwarten, dass sich bei einem häufigen Einsatz dieser Strategien **die negative Ausgangslage, durch deren „längerfristig“ negative Folgen, weiter verschlechtert**, da notwendige Handlungen zur dauerhaften Bewältigung der Problemlage unterbleiben. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, wiederum mit Vermeidung und aktionaler Passivität zu reagieren.

Die theoretischen Überlegungen haben keinen Selbstzweck. Sie führen zu bisher möglicherweise zu wenig beachteten therapeutischen Implikationen. Eine bedeutende Schlussfolgerung ist, konstruktive Copingstrategien zur Stressbewältigung / Schaffung von Wohlbefinden wieder zu beleben oder neu aufzubauen und damit die dominante Position der dysfunktionalen Strategien im Belohnungssystem aufzuheben. Das therapeutische Vorgehen, das eine **strukturelle Veränderung des Belohnungssystems zum Ziel hat**, stellt den Behandler vor besondere **Herausforderungen**. Um eine möglichst ausgewogene und befriedigende Lebensgestaltung zu erreichen, sind möglichst vielfältige mit dem Krankheitsgeschehen inkompatible Verhaltensänderungen anzustreben.

²Näheres zum Erscheinungsbild der Depression in den international anerkannten Diagnosekriterien ICD-10 (Dilling et al., 1991). Den Kriterien entsprechend leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libido Verlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.

³Wird durch Konditionierung auf einen ganz bestimmten Reiz hin eine Reaktion gelernt, so kann diese Reaktion später auch bei ähnlichen Reizen auftreten. Die Reaktion erfolgt dabei umso häufiger oder umso stärker, je größer die Ähnlichkeit zwischen Originalreiz und neuem Reiz ist.

Die „**irrationalen Kognitionen**“ tragen in beträchtlichem Maße zur Entstehung der Depression bei, halten sie mit aufrecht, sind aber in einem **fortgeschrittenen Krankheitsstadium nicht mehr der entscheidende Faktor der Aufrechterhaltung**. Es ist plausibel, dass (s. oben Kuhl, 2001) in der Psychotherapie, zu einer „Kognitiven Umstrukturierung“, ein Verhaltensaufbau hinzukommen muss. „Handlungskomponenten“ (Exekutive), wieder etwas in die Tat umzusetzen, sind in der Behandlung zumindest mit einzuschließen, wenn nicht für eine gewisse Zeit in den Vordergrund zu rücken und auf diese Weise den Weg zu beschreiten, die Überaktivität im kognitiven Bereich (Legislative) aufzuheben. **Grawe (2004, S.18) formuliert zur Bedeutung der neurobiologischen Korrelate** in der Psychotherapie **allgemein**: „Wenn allen psychischen Prozessen neuronale Vorgänge zu Grunde liegen, dann liegen veränderten psychischen Prozessen veränderte neuronale Vorgänge zu Grunde. Wir können als nachgewiesen ansehen, dass psychische Prozesse durch Psychotherapie wirksam und dauerhaft verändert werden können. Daraus ergibt sich, dass Psychotherapie dauerhaft neuronale Prozesse und Strukturen verändern kann. Psychotherapie wirkt, wenn sie wirkt, darüber, dass sie das Gehirn verändert. Wenn sie das Gehirn nicht verändert, ist sie auch nicht wirksam.“ Ergebnisse der Gehirnforschung zur **Plastizität von Gehirnstrukturen** fundieren die Vermutung, dass die Einbeziehung verursachender physiologischer Faktoren (hier strukturelle Veränderungen des Belohnungssystems) **entscheidende Auswirkungen auf den Therapieerfolg** hat. Ein größerer Teil der psychischen Störungen scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass eine Stress- bzw. Krisenbewältigung missglückt. Grawe (2004, S. 159) zu der Bedeutung von Stress für die Ausprägung von Depressionen und PTSD (Posttraumatic Stress Disorder): „Man ist sich auf Grund der angeführten Befundlage bis vor kurzem ziemlich sicher gewesen, dass die festgestellten Schädigungen des Hippocampus bei PTSD-Patienten wie bei Depressiven auf einen zeitweise oder dauerhaft zu hohen Cortisolspiegel zurückzuführen sind.“

Wirken sich **Stresssituationen kräfteaufzehrend und wahrnehmungseinengend** aus, ist das **Reaktionsrepertoire** wahrscheinlich generell **eingeschränkt**, größere Anstrengungen zu unternehmen, auf verursachende Faktoren erfolgreich einzuwirken und Strategien mit höherem Aufwandspotential zu wählen, die **negative Gefühlslage herunter zu regulieren**. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, ob eine Person generell ein eher eingeschränktes Repertoire erlernt hat, mit psychisch belastenden Situationen umzugehen oder z.B. nicht bewältigte Traumatisierungen das Belastungsniveau zusätzlich erhöhen. Stresssituationen (z.B. „Mobbing“) können durch **multiple Faktoren** ausgelöst sein. Wer oder was verursacht die psychische Belastung eigentlich, ist dies für die betroffene Person identifizierbar? Gegenmaßnahmen zur Bewältigung mögen, z.B. auch wegen des **Mangels an Durchschaubarkeit der Situation** früh gescheitert sein oder haben die negative Gefühlslage, „man kann tun was man will, es hilft nichts“, gar verschlechtert.

Kaum zweifelhaft dürfte sein, dass **der Schwierigkeitsgrad einer angestrebten psychischen Veränderung nicht unwesentlich von der „Qualität“ der physiologischen Korrelate** - hier tieferliegende, zum nahezu autonomen Bereich gehörende Gehirnstrukturen des Belohnungssystems – **beeinflusst** ist. Außerdem wird die These vertreten, dass kognitive Schemata in jeder Phase, dem Einstieg und der Aufrechterhaltung, des Krankheitsgeschehens beteiligt sind, aber von einer gewissen Stärke des depressiven Verhaltens an **nicht den primären Anteil an der Aufrechterhaltung** haben.

2. Entstehung und Aufrechterhaltung des depressiven Verhaltens am Beispiel der häufig vorkommenden „Mobbing-situation“

2.1 Bedingungen der Entstehung

In den Abbildungen 1 und 3, angelehnt an das SORKC-Modell von Kanfer et al. (2000), ist ein operanter Konditionierungsprozess zur Entstehung des depressiven Verhaltens, unter Einbeziehung der Umstrukturierung des Belohnungssystems, dargestellt (s. zunächst Abb. 1)⁴.

⁴ Die Verhaltensanalyse nach S-O-R-K-C: S – beschreibt die Situation oder den Stimulus: Welche inneren oder äußeren Bedingungen lösen das Verhalten aus? O – Organismus, umfasst alle vorausgegangenen biologischen, individuellen und lerngeschichtlichen Bedingungen. R –

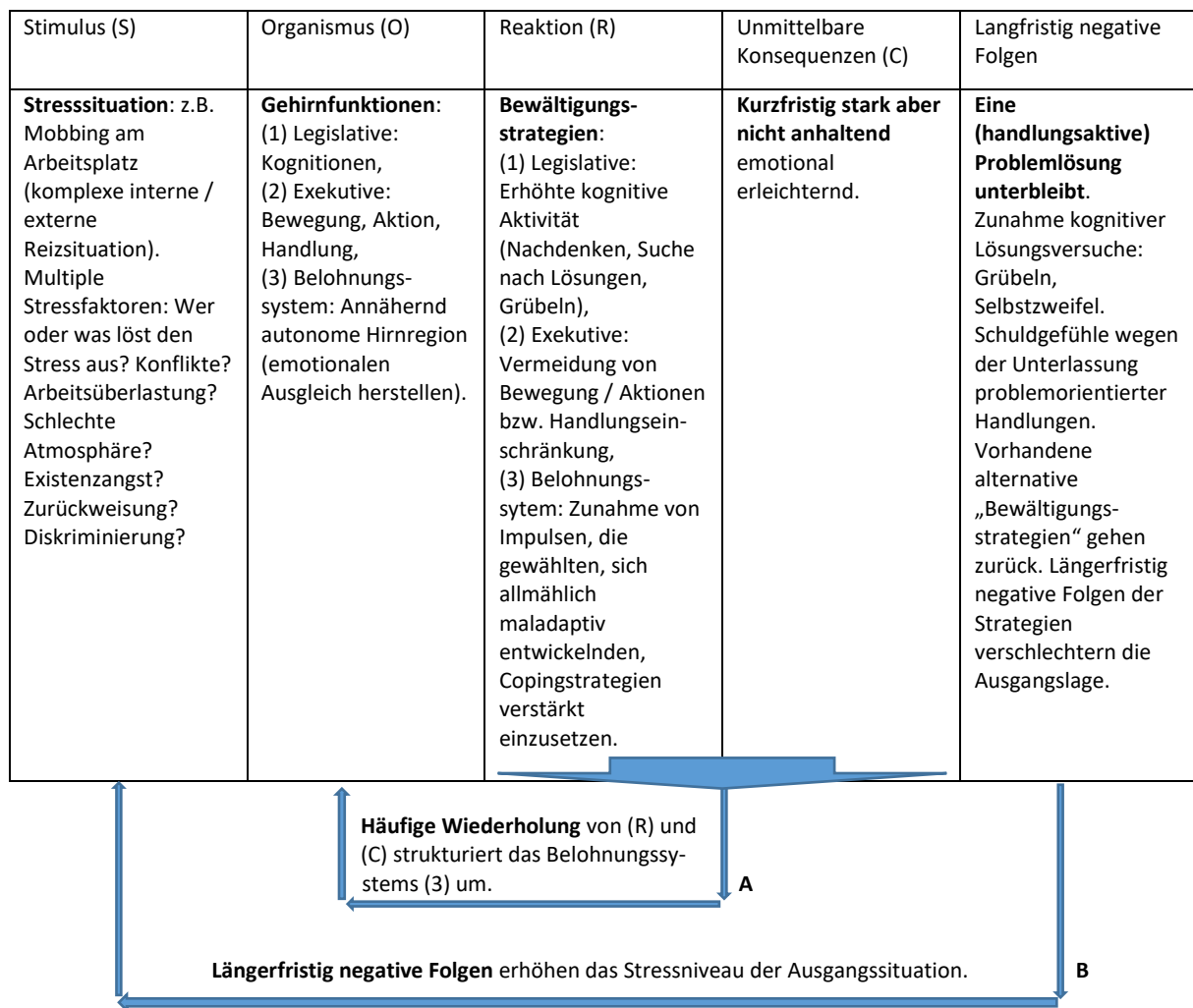


Abb. 1: Operante Konditionierungsprozesse (Kanfer et al., 2000) [positive u. negative Verstärkung] führen zu einer Erhöhung des Auftretens der sich maladaptiv entwickelnden Bewältigungsstrategien und zu neurobiologischen Veränderungen in den Gehirnbereichen (O) der Legislative, Exekutive und insbesondere des Belohnungssystems (s. obere Pfeile **A**). Längerfristig (s. untere Pfeile **B**) erhöht sich das Stressniveau (S) der Ausgangssituation.

In einer **Stresssituation** (S), z.B. Mobbingssituation, reagiert eine Person ängstlich, vermeidend, aktional passiv und handlungseinschränkend (R). Dies führt zu einer **kurzfristig stark aber nicht anhaltend wirksamen emotionalen Erleichterung** (unmittelbare Konsequenz: positive C+ und negative Verstärkung C-). Bei häufiger Anwendung dieser Strategie belasten negative Folgen dieser Strategie (fünfte Spalte untere Pfeile) zusätzlich die negative Gefühlslage der Ausgangssituation. Die ansteigende Belastung wiederum steigert das Ausmaß des nun dysfunktionalen Verhaltens indem die Aktivitäten auf der Handlungsebene des Gehirns (Exekutive) weiter abnehmen und kognitive Aktivitäten (kognitive Lösungsversuche, intensives Nachdenken, Grübeln) im Bereich der Legislative zunehmen (O). Der wiederholte Einsatz der **aktionalen Vermeidung** hat zur Folge, dass sich das **Belohnungssystem umstrukturiert** und **die maladaptiven Copingstrategien in eine beherrschende Position des annähernd autonomen Bereichs gelangen**.

umfasst Reaktion auf den Stimulus nach der Verarbeitung durch den Organismus. K – steht für die Kontingenz, wie regelmäßig C auf R folgt. C ist dann die Konsequenz, sei sie positiv oder negativ, die darüber entscheidet, ob die Auftretens-Wahrscheinlichkeit des Verhaltens steigt oder sinkt.

Hüther (2012) postuliert aus neurobiologischer Sicht zur Entstehung selbst schädigender monistischer Verhaltensmuster, dass die Gefahr der **Bahnung sehr einseitiger**, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender neuronaler **Verschaltungsmuster** umso größer sei, je häufiger ganz bestimmte Strategien der Bewältigung negativer Gefühlslagen von einem Menschen im Laufe seiner Entwicklung **immer wieder eingesetzt** und subjektiv als besonders erfolgreich bewertet wurden. Die nur kurzfristige Dauer des positiven Zustands führt schnell in die, häufig sogar **verschlimmerte**, negative Ausgangs-Gefühlslage zurück. Das Bedürfnis nach der schnell belohnenden Wirkung des dysfunktionalen Verhaltens generiert sich somit immer wieder neu. Eine Eigendynamik entsteht, die psychologisch als fortlaufender Kreis (Circulus vitiosus) zu beschreiben ist (s. Abb. 2).



Abb. 2: 1. Circulus vitiosus: negative Gefühlslage und Steigerung des Einsatzes schnell aber nur kurzfristig wirksamer Bewältigungsstrategien.

Anscheinend macht das Gehirn bei der **Aufnahme einer Stressbewältigungsstrategie in den** (überwiegend) **autonomen Bereich** keinen Unterschied zwischen konstruktivem (aus längerfristiger Sicht gesehen) und schädlichem Verhalten. Ist dieser Konditionierungsprozess weiter fortgeschritten, sind alternative Bewältigungsstrategien immer weiter zurückgegangen und es fällt **schwer, stattdessen etwas zu tun, was erst später, möglicherweise nach beträchtlicher Anstrengung und Einübungszeit, einen positiven Effekt hat**. Zunehmend treten Zweifel auf, Tätigkeiten mit einem höheren Aufwandspotential durchzuhalten und etwas hinzubekommen, was die Situation längerfristig verbessert.

2.2 Faktoren der Aufrechterhaltung

In der nächsten Abbildung (s. Abb. 3) ist dargestellt, dass sich durch den fortlaufenden Konditionierungsprozess ein „**Depressionsgedächtnis**“ (O) **entwickelt**. Zuvor neutrale externale oder internale Reize (S), wie Begleiterscheinungen der Mobbingssituation, negative Kognitionen oder Gefühlszustände verknüpfen sich mit den dysfunktionalen Bewältigungsstrategien und deren Wirkung. Sie sind nun durch „Reizgeneralisierung“, zusätzlich zur möglicherweise schlecht durchschaubaren (multifaktoriellen) Stresssituation (S), dazu in der Lage, die Verhaltenssymptome der Depression (R), Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung, nahezu reflexartig auszulösen. Ein **klar formuliertes Verlangen** (Böning u. Grüsser, 2009) ist **nicht vorhanden** (z.B. passiv sein, im Bett liegen bleiben wollen). Die Auslöser der Krankheitssymptome sind für den Betroffenen möglicherweise nicht erkennbar, da zuvor neutrale, konditionierte Reize keinen direkten Zusammenhang zur

Mobbingsituation aufweisen. Die fehlende Identifizierbarkeit des „Stressauslösers“ verstärkt das Gefühl, der Krankheitssymptomatik hilflos ausgeliefert zu sein.

S	O	R
<p>Die psychische Belastung nimmt zu. Zusätzlich zur multifaktoriell verursachten Mobbingssituation lösen damit verknüpfte (Reizgeneralisierung), zuvor neutrale, äußere und innere Reize das depressive Verhalten aus (z.B. Begleitscheinungen der Mobbingssituation, belastende Gedanken, andere Stressoren, allgemeines Unwohlsein, sich anderweitig verletzt fühlen, ein Defizit an positiven Erlebnissen bzw. „Wohlfühlchemie“). Dazu addieren sich emotionale Belastungen, die durch eine zunehmend mangelnde Lebensbewältigung entstehen.</p>	<p>Die gewählten Bewältigungsstrategien haben im Belohnungssystem eine beherrschende Stellung eingenommen. Folge der Umstrukturierung des Belohnungssystems ist die Entstehung eines „Depressionsgedächtnisses“, das auf die konditionierten Reize nahezu „reflexartig“ reagiert: Unteraktivität in der Exekutive (Bewegung, Aktion Handlung,) und (kognitive) Überaktivität in der Legislative (sich viele Gedanken machen, nach Lösungen suchen, Grübeln).</p>	<p>Verhaltenssymptome der Depression: Überwiegend automatische Reaktion mit Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung.</p>

Abb. 3: Bei fortgeschrittenem Konditionierungsprozess prägt sich ein Depressionsgedächtnis aus, dass das maladaptive Verhalten phasenweise oder dauerhaft chronisch überwiegend automatisch auslöst und eine Unteraktivität in der Exekutive (Bewegung, Aktion, Handlung) und Überaktivität in der Legislative (Kognitionen bezüglich Grübeln, sich Sorgen machen, nach Lösungen suchen) zur Folge hat.

Hinzu kommen emotionale Belastungen, die durch eine immer schwieriger werdende Lebensbewältigung, als Resultat psychischer, physiologischer, sozialer und ökonomischer Folgeschäden der missglückten Stressbewältigung, entstehen.

Die Etablierung des dysfunktionalen Verhaltens zusammengefasst:

- In einer Stresssituation hat sich durch den Einsatz der **schnell stark aber nur kurzfristig emotional wirksamen („Bewältigungs-“) Strategien aktionale Vermeidung, Bewegungs- und Handlungseinschränkung**, der für eine psychische Stabilisierung verantwortliche biochemische "Ausgleich" wieder eingestellt. Eine grundlegende Problemlösung unterbleibt.
- In einem für Belohnung zuständigen neuronalen Substrat im Gehirn (dem mesolimbischen Belohnungs- / Motivationssystem) sind entsprechende **Botenstoffe** (z.B. Dopamin) zur **Ausschüttung gekommen**.
- In einer vergleichbaren situativen Bedingung (Reizkonstellation) erinnern sich die Betroffenen an die belohnende Wirkung des Verhaltens, das die **Gefühlslage kurzfristig stark aber nicht anhaltend entscheidend verbessert** hat.
- „Längerfristig“ negative Folgen der maladaptiven Strategien verschlechtern die Ausgangssituation und erhöhen damit wiederum ihren Einsatz.
- Durch **häufige Wiederholung** automatisiert sich das belohnende Verhalten (Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung) allmählich und rückt nun in der Hierarchie der Bewältigungsstrategien des Belohnungssystems in eine hervorragende Position.

- **Alternative** belohnende **Verhaltensweisen** und adäquate Stressverarbeitungsstrategien werden vernachlässigt und **treten in den Hintergrund**.
- Der Konditionierungsprozess führt zu **strukturellen Veränderungen des Belohnungssystems** und hat die Ausbildung eines **löschungsresistenten (psycho-neurologischen) Depressionsgedächtnisses** zur Folge. Im Gehirn ist eine Überaktivität im Bereich der Denk- und Willensfunktion (Legislative) und Unteraktivität in der Bewegungs-, Aktivitäts- und Handlungssteuerung (Exekutive) festzustellen. Dies ist ein Hinweis auf die **Problematik**, dass „konstruktive“ **Veränderungswünsche (Zielsetzungen)** zwar vorhanden aber nur schwer in **konkrete Handlungen umzusetzen sind**. Die Krankheitssymptome werden zusätzlich von (zuvor neutralen) Reizen ausgelöst, die der Betroffene selbst nicht in Zusammenhang mit der Mobbingssituation bringt.

Die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien sind selbst zu einem herausragenden Problem geworden. Der ehemals kurzfristig positive Effekt der **Passivität im Exekutivverhalten** geht stark zurück, verkehrt sich mehr und mehr ins Gegenteil, ohne dass Alternativen zur Verfügung stünden. Tiefere Hirnregionen des Belohnungssystems, für Reflexe und automatische Reaktionen zuständig, übernehmen wichtige Funktionen der Verhaltenssteuerung. Der Einfluss der Vernunft und Logik geht stark zurück und der Patient wird häufig zum „hilflosen Beobachter“ des eigenen selbst schädigenden Verhaltens (s. Abb. 4).

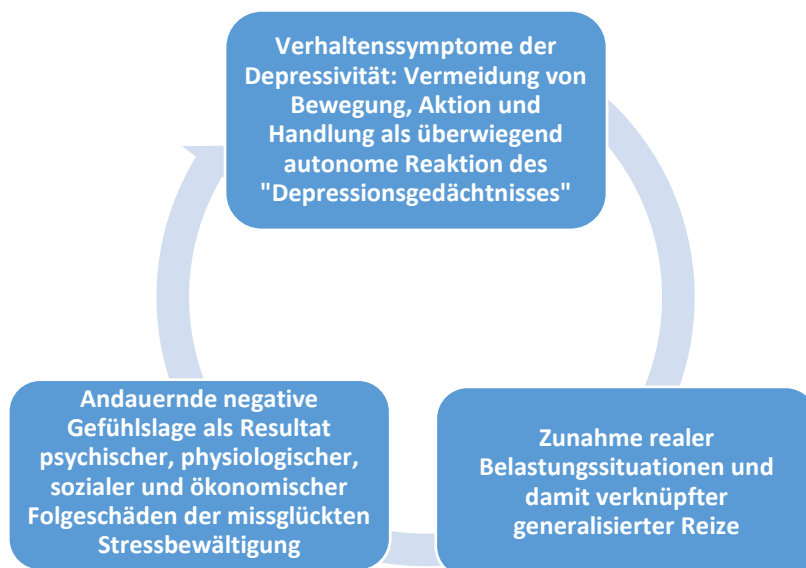


Abb. 4: 2. Circulus vitiosus: Depression als konditionierte annähernd autonome Reaktion.

Die Frage wird kaum zu beantworten sein, innerhalb welcher Zeiträume und Kontingenzen (K: Auftretenshäufigkeit C+, C-/ nach der Reaktion) der operante Konditionierungsprozess ein Depressionsgedächtnis ausprägt.

Auf die Frage, was eine krisenhafte Situation und erneute depressive Episode herbeigeführt habe, zeigen sich depressive Patienten oft zunächst ratlos. Sie erleben die Verschlechterung ihrer Stimmungslage häufig als einen „falltürartigen“ Vorgang. Erst in längeren reflektierenden Gesprächen, in denen ein höheres Maß an Entspannung und Selbstexploration gewährleistet ist, erkennen sie Ursachen dafür. Die Erkenntnisse über die **auslösenden Bedingungen** der belastenden Situation verringern das Gefühl des hilflosen Ausgeliefertseins und eröffnen Wege, sich auf konstruktive Weise mit diesen Situationen auseinanderzusetzen und alternative Copingstrategien zu entwickeln. Die **„reduzierte Kontrollfähigkeit“** über die eigenen Handlungsmöglichkeiten ist für die Betroffenen irritierend. Einerseits sind Gedanken vorhanden, außerstande zu sein einfache Dinge zu regeln, das Leben nicht mehr zu bewältigen. Andererseits keimen immer wieder Hoffnungen auf, vielleicht „morgen“ oder zu einem anderen günstigen Zeitpunkt, einen neuen ernsthaften Anlauf zu

unternehmen, Zielsetzungen und Handlungsabsichten in die Tat umzusetzen. Dazu erfolgen jedoch keine hinreichend konkreten Planungs- und Verhaltensansätze (z.B. kleinste leistbare Schritte), so dass **der „gute Wille“ wiederum nicht zu gewünschten Verhaltensänderungen und Zielrealisierungen führt.**

Depressionsgedächtnis - Gefahr der Rückfälligkeit bleibt: Erfahrungen aus dem Suchtbereich und der Behandlung depressiver Patienten lassen vermuten, dass die persistierenden problematischen Gedächtnisstrukturen, obwohl sie nach dem Aufbau alternativer Verhaltensweisen keinen dominanten Stellenwert mehr einnehmen, bei entsprechender Stimulierung weiterhin dazu in der Lage sind, eine nahezu autonome depressive Reaktion auszulösen.

3. Behandlung

3.1 Depression als Ausdruck einer überwiegend reaktiven Störung

In dieser Einordnung ist die depressive Symptomatik eine Reaktion auf ein identifizierbares stressauslösendes Ereignis. Es ist bisher keine stärkere Eigendynamik auf dem Hintergrund einer strukturellen Veränderung des Belohnungssystems festzustellen. Der Focus der Behandlung richtet sich dann auf die unmittelbar festzustellenden (Person- und / oder Umweltbedingten) Stressoren, die eine negative Affektlage verursachen. Grundsätzlich stellen sich die Fragen, ob unmittelbar Einfluss auf die verursachende äußere Bedingungs-lage zu nehmen und/oder ein Ausbau eigener Kompetenzen (kognitiv, verhaltensbezogen) notwendig ist, die Belastungssituation zu bewältigen?

Insbesondere stressinduzierende Situationen wie Verluste sozialer Beziehungen und Personen, existentieller Sicherheiten, gewohnter positiver Erlebnisse und Gewohnheiten sowie gravierende gesundheitliche Schwierigkeiten sind dazu in der Lage, erhebliche depressive Verstimmungen hervorzurufen. Durch eine Verletzung ist ein sehr „sportaktiver“ Mensch in beträchtlichen emotionalen Nöten, für den gewohnten psychischen Ausgleich zu sorgen. Er äußert: „Ich habe mir immer viel über den Sport und die körperliche Bewegung geholt, mich auszugleichen!“ Angestrengt ist er nun bemüht, durch medizinische Hilfe und Trainingsversuche, seine sportliche Tauglichkeit und damit die emotionale Balance wieder herzustellen. Möglicherweise wäre es besser für ihn, sein Interessen- bzw. Aktivitätenspektrum zu erweitern und seine „Wohlfühlstrategien“ vielfältiger anzulegen. **Beziehungsverluste, Probleme am Arbeitsplatz und Trauerarbeit** sind häufige Ursache längerfristiger negativer Affekt-lagen, die eine Behandlung notwendig machen.

Eine intensive **Bedingungsanalyse** soll klären, wo Stressursachen sind und wie die Situation positiv veränderbar ist. Viele Patienten kommen wegen Depressionen in Psychotherapie, die durch Überlastung, Konflikte und Mobbing am Arbeitsplatz, berufliche Perspektivlosigkeit und z.B. Altersbezogene Probleme, verursacht sind. Unter den Gesichtspunkten, das nicht von einer auffälligen Dysfunktionalität des Belohnungssystems auszugehen ist, soll das therapeutische Vorgehen **hier nicht weiter vertieft** werden und es ist auf die vorhandene kognitiv-verhaltenstherapeutische Literatur zu verweisen. Die nachfolgenden Ausführungen zum Aufbau eines vielfältigen „Interessen- und Aktivitätenspektrum“ und zur Problematik der „Umsetzbarkeit von erwünschten Verhaltensänderungen“ haben unter diesen Voraussetzungen eine präventive Funktion, Rückfallgefahren entgegen zu wirken.

3.2 Depressivität als annähernd autonome, vom Belohnungssystem gesteuerte, Reaktion

Nachfolgend werden Elemente aus Therapiekonzepten gestörten Glücksspielverhaltens (Bachmann, 2004; Grüsser & Albrecht, 2008; Bachmann & El-Akhras, 2014; Bachmann, 2017) auf Depressivität übertragen. Stichwortartig ist eine Gegenüberstellung des postulierten Krankheitsverlaufs und Therapieprozesses, den Pfeilen folgend, in der Abb. 5 dargestellt.

Krankheitsverlauf

Stresssituation:

andauernde negative Affektlage, Ursachen in Person- u./o. Umweltfaktoren.



Bewältigungsstrategie:

Einsatz der schnell stark aber nicht anhaltend wirksamen „Erleichterungs- bzw. Bewältigungsstrategien“ der Vermeidung von Bewegung, Aktion, Handlung. Stressursachen werden nicht beseitigt sind, sondern nehmen zu. Durch häufige Wiederholung haben operante Konditionierungsprozesse strukturelle Veränderungen des Belohnungssystems und letztlich den Aufbau eines „Depressionsgedächtnisses“ zur Folge.



Nahezu „Autonome Reaktion“ des „Depressionsgedächtnisses“ auf Stresssituationen und damit verbundener innerer und äußerer Reize: Das Depressionsverhalten aktionale Vermeidung, Handlungs- und Bewegungseinschränkung wird weitgehend reflexartig ausgelöst, nimmt eine dominante Position im Belohnungssystem ein und entwickelt eine „Eigendynamik“ (symbolisiert durch den abknickenden Pfeil).

Therapieprozess: Den Weg, dem Krankheitsverlauf entgegengesetzt, zurückgehen

Überprüfung und Bearbeitung der stressinduzierenden Ausgangssituation – person- u./o. umweltbedingte Ursachen:

Analyse der stressinduzierenden Bedingungen und des Ausgleichs- bzw. Belohnungspotentials.



Rekonstruktion des Belohnungs-Systems - In Aktion und Bewegung kommen:

A) Konstruktive Strategien zu schnell wirksamer Erleichterung aufbauen.
B) Anhaltend belohnungsfähige Alternativen, negative Gefühle adäquat zu bewältigen, Wohlfühl zu steigern, als starke Gewohnheiten verankern. Rekonstruktion oder Neuaufbau eines differenzierten und vielfältigen Interessens- und Aktivitätsspektrums (IAS).
C) Selbstvertrauen stärken, Ziele umzusetzen. Erhöhung des Selbstwertgefühls. Auf eine ausgewogene Lebensgestaltung hinsteuern.



Motivation zu einer umfassenden Behandlung entwickeln.

Einsicht in den Krankheitsverlauf gewinnen. Was sind die Krisen auslösenden Bedingungen (Stressauslöser, damit verknüpfte Stimuli)? Eigendynamik unterbrechen. Kenntnisse über die Funktion des Belohnungssystems vermitteln. Bearbeitung ungünstiger Kognitionen.

Abb. 5: Gegenüberstellung Krankheitsverlauf / Therapieprozess – den Weg zurückgehen.

Eher unmerklich entwickeln die ursprünglichen „Bewältigungsstrategien“ Vermeidung von Aktionen, Aktivitätsminderung, Interessenabsorption und eine „Eigendynamik“. **Trotz guter Vorsätze** und intensiven Nachdenkens (Überaktivität im kognitiven Bereich) **scheitern Versuche**, für die Lebensgestaltung notwendige **Verhaltensaktivitäten aufzunehmen** (Unteraktivität im Gehirnbereich Bewegung, Aktion und Handlung). Auf Grund der möglicherweise **multifaktoriellen Stress-**

verursachung plus der konditionierten Reizgeneralisierung, zuvor neutrale Reize lösen die Symptome der Depressivität aus, ist eine plausible Verursachung der negativen Gefühlslage und ihres Ausmaßes, häufig nicht ausreichend erkennbar.

Um zunächst die **Eigendynamik** und damit einhergehende Kontrollreduzierung des Krankheitsgeschehens **zu stoppen**, geschieht die **Behandlung in umgekehrter Reihenfolge zu ihrer Entstehungsgeschichte**. Die zuletzt gezeigten Symptome (Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung) sind als erstes in die Therapie einzubeziehen, um eine allmähliche Umstrukturierung bzw. einen Neuaufbau des Belohnungssystems zu erreichen. Der Focus der therapeutischen Intervention liegt also zunächst darauf, die Dominanz der Symptome der Depression (Vermeidung von Bewegung, Aktion und Handlung) im Belohnungssystem aufzuheben, allmählich in Bewegung und Handlung zu kommen und damit die „**Automatik**“ des **Depressionsgedächtnisses zu unterbrechen**. Fortschritte bei der Aktivierung alternativen belohnungs-fähigen Verhaltens schaffen die Voraussetzung, zur Entstehungsgeschichte der Krankheitsentwicklung vorzudringen. Eine fragmentarische Zusammenfassung des Vorgehens:

- Bedingungsanalyse: Krankheitseinsicht – den Krankheitsprozess durchschaubar machen.
- Aktion und Kognition sinnvoll verknüpfen: Sich über **Gedanken** und **Gefühle mitteilen**.
 - Die „Selbstexploration“ im therapeutischen Gespräch aktivieren, ungünstige Kognitionen hinterfragen und Gedanken ordnen.
 - Das „persönliche“ **Gespräch als eine wieder aktivierte und bedeutsame Form der aktionalen Erleichterung** und Alternative auf der Handlungsebene erleben, vorhandene psychische Belastungen bearbeiten.
- **Parallel dazu weitere** erreichbare aktionale Zielsetzungen definieren, in **körperliche Bewegung, Aktion und Handlung zu kommen**.
- Handlungen einleiten, in „kleinen Schritten“ umsetzen und aufrechterhalten.
- Einübung, Wiederholung und Gewohnheitsbildungen konstruktiver Copingstrategien und belohnungsfähiger Alternativen.
- Konkret soziale und therapeutische Hilfestellungen **nicht** da beenden, wo die entscheidenden Schritte zur **Umsetzung der Verhaltensziele** und die **Etablierung der konstruktiven, sowohl kurzfristig als auch längerfristig wirksamen, Copingstrategien im Belohnungssystem** erfolgen.
- Reflektion der Zielumsetzung und Ausbau der Fähigkeiten, damit **Erlebtes** (Gefühle und Gedanken dabei) **mitteilen**.
- **Positive Erlebnisse** fördern und reflektieren sowie Humor bzw. **schwarzen Humor** (z.B. bei missglückten Zielumsetzungen) entwickeln.
- Notwendige **Erweiterung und Differenzierung** des „depressionsinkompatiblen“ **Interessen- und Aktivitätsspektrums**.
- Rückschläge danach untersuchen, welche Bedingungen sie ausgelöst haben und welche Problemlösungen zukünftig auf der Handlungsebene möglich sind.
- **Bearbeitung der anfänglichen Ursachen** (Ausgangslage) der Krankheitsentwicklung. Stressinduzierende Person- und Umweltbedingungen? Überprüfung eigener Zielsetzungen, Bewertungen, verfügbarer Ressourcen und Kompetenzen.

Die Aufarbeitung der Ursachen des Einstiegs in den Krankheitsprozess schließt das soziale, psycho-, biologische Spektrum der Person (P) und die Umweltbedingungen (U) ein.

Es wird angenommen, dass eine **erfolgreiche Umsetzung belohnungsfähigen Verhaltens** in Bewegung, Aktion und Handlung, die beste Voraussetzung dafür ist, kognitiv günstiger bzw. positiver zu denken und die Gefühlslage insgesamt zu verbessern. Die wechselseitige Beeinflussung von Verhalten,

Kognitionen und Emotionen dürfte grundsätzlich an keine Reihenfolge gebunden sein, so dass therapeutische Interventionen theoretisch an jedem Beeinflussungsfaktor möglich sind (Gross u. Thompson, 2007). Frühere Erfahrungen erlebter Hilflosigkeit, dass die eigene Situation und Gefühlslage nicht ausreichend positiv beeinflussbar sind, haben ungünstige „kognitive Schemata“ zur Folge, z.B. schneller aufzugeben und sich selbst leichter abzuwerten. Im kognitiven Ansatz fehlen jedoch Hinweise darauf, dass physiologische „Widerstände“ (strukturelle Veränderungen des annähernd autonomen Belohnungssystems) in entscheidendem Maße dazu beitragen, ein depressives Verhalten aufrecht zu erhalten. In jeder Phase der Krankheitsentwicklung sind ungünstige Kognitionen (ob sie im Hinblick auf die neurologischen Veränderungen und früheren Lebenserfahrungen „unrealistisch“ sind, mag dahingestellt sein) beteiligt und tragen dazu bei, in einem nicht handlungsaktiven Verhalten zu verharren. Im Sinne der kognitiven Therapie sind die negativen Gedanken zu hinterfragen. Eine zusätzliche Hilfestellung zur Bewältigung zunächst möglicherweise „kleinster Handlungsschritte“, einem allmählichen Ausbau des aktionalen Verhaltens und dabei erlebter Erfolgserlebnisse, dürften jedoch einem „reinen Disputieren“ überlegen sein.

3.3 Exkurs: Stellenwert ungünstiger Kognitionen

Das kognitive Modell nach Beck et al. (2010) geht von drei Annahmen aus, um das psychische Substrat der Depression zu erklären:

- 1) die kognitive Triade (negative Sicht auf sich selbst, die Zukunft und Umwelt),
- 2) die Schemata (alle Erfahrungen negativ zu bewerten),
- 3) die kognitiven Fehler werden trotz objektiver Belege für positive Faktoren im Leben (fehlerhafte Informationsverarbeitung) beibehalten.

Eine Möglichkeit, die depressive Denkstörung zu verstehen bestünde darin, dass man zwei Arten der Realitätsorganisation annehme, eine primitive und eine reife. Beck et al. (2010, S. 45): „Offensichtlich neigen depressive Menschen dazu, ihre Erfahrungen in relativ primitiver Art zu strukturieren. Sie tendieren dazu, Ereignisse, die ihnen in ihrem Leben zustoßen, undifferenziert und global zu beurteilen. Die dabei verwendeten Bedeutungen, die ihr Bewusstsein beherrschen, sind eher extrem, negativ, kategorisch, absolut und verurteilend. Die entsprechende emotionale Reaktion ist daher eher negativ und extrem. **Im Gegensatz zu dieser primitiven Denkweise** werden beim **reifen Denken** Lebenssituationen automatisch in Bezug auf viele Dimensionen und Qualitäten verarbeitet und nicht auf eine einzige Kategorie. Wertungen wie „primitiv“ oder „reif“ sind bei Einbeziehung des biologischen Faktors (Dominanz dysfunktionaler Strukturen im Belohnungssystem) entbehrlich.“

Nach Untersuchungen von De Jong et al. (1980, 1985) und Hautzinger et al. (1989, 2010) stellt die Reduktion auf rein „kognitive“ Elemente keine ausreichende Depressionsbehandlung dar. So erzielten die Patienten in einer Kombinationsbehandlung (Kognitive- plus Verhaltenstherapie), aber auch Kontroll-Wartebedingung, bessere Ergebnisse als diejenigen, die ausschließlich kognitiv behandelt wurden. Zusätzlich zur kognitiven Umstrukturierung wurden in der Kombinationsbehandlung Aktivitätsaufbau und soziales Kompetenztraining durchgeführt.

In die Therapieplanung, unter Einbeziehung vorhandener Ressourcen (Grawe & Grawe-Gerber, 1999), sind sowohl **konstruktiv kurzfristig** als auch **längerfristig wirksame Coping- und Wohlfühlstrategien** einzubeziehen, die die Gefühlslage positiv beeinflussen und die allgemeine Lebenssituation verbessern. Es ist nicht davon auszugehen, dass alle schnell und stark aber nicht anhaltend wirksamen Bewältigungsstrategien das gleiche Potential haben, sich auf destruktive Weise zu verselbständigen. Möglicherweise ist diese Fragestellung in zukünftige empirische Untersuchungen (s. unten) mit einzubeziehen. Depressivität und Abhängigkeit bedeuten, viele andere Dinge nicht (mehr) zu tun. Kuhl (2001) weist darauf hin, dass schwere Depressionen meist weniger durch das Erleben negativer, sondern mehr durch das Nichterleben positiver Emotionen gekennzeichnet sind.

Erst die **dauerhafte Ausbildung krankheitsinkompatibler Alternativen**, die Initiierung von Bewegung, Aktion und Handlung und die damit verbundenen positiven Erlebnisse eröffnen die Chance, eine innere Balance von psychischer Be- und Entlastung aufrecht zu erhalten und das Wohlbefinden insgesamt zu

steigern. Andere **belohnungsfähige Verhaltensweisen**, die es schon früher gab und die neu aufzubauen sind, übernehmen die Funktion des Ausgleichs, der Erleichterung und des Wohlbefindens (s. Abb. 6).

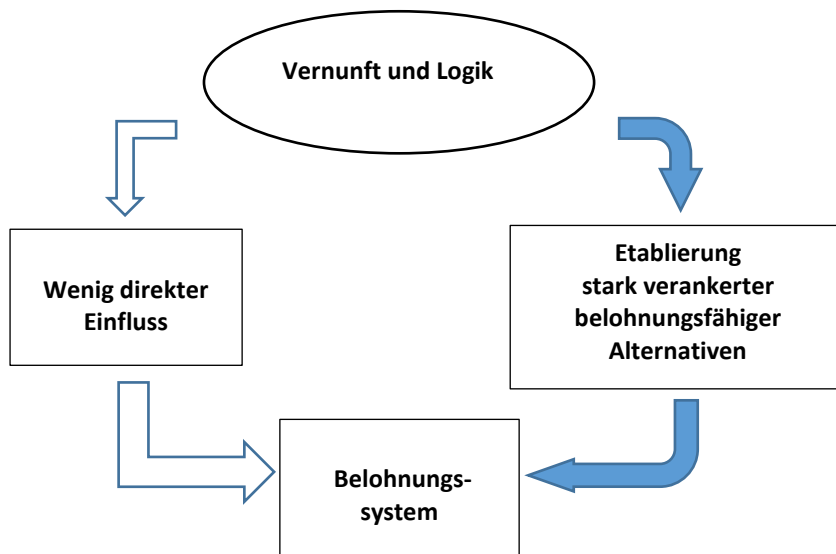


Abb. 6: Etablierung belohnungsfähiger Alternativen zur Rekonstruktion bzw. zum Neuaufbau der tieferen Hirnregionen des Belohnungssystems.

Es ist plausibel, dass eine häufige Wiederholung und gewisse Regelmäßigkeit Voraussetzungen dafür sind, dass beherrschende **dysfunktionale Verhalten abzulösen und die Alternativen fest im Belohnungssystem zu verankern**. Der Weg aus der Depression und Abhängigkeit bedeutet, an vielen anderen Lebensaspekten wieder Interesse und Freude zu entwickeln und von der kognitiven Ebene in zielgerichtetes aktionales Verhalten zu gelangen. Individuelle Neigungen und persönliche Bedürfnisse sind zu berücksichtigen, **neues belohnungsfähiges Verhalten zu entdecken**. Hautzinger & Wolf (2012) untersuchten in Zusammenhang mit der Depression die Wirksamkeit von Sport auf psychische (Selbstwirksamkeit, Ablenkung von Gedanken), soziale (soziale Unterstützung) und biologische Faktoren (Monoamine; Cortisolspiegel, Neurogenese, Immunologische Prozesse). Dieser empirischen Untersuchung zur Folge hatte Sport einen positiven Effekt. Die Stärke des Effekts und beeinflussende Faktoren seien jedoch noch nicht ausreichend geklärt. **Moderates Training** scheine bessere Ergebnisse zu bringen als ein intensives. Effekte von Sport bei der Rückfallprophylaxe seien bisher nicht untersucht. Grimm & Krämer (2014) fanden heraus, dass Depressive mittels Selbstbeurteilungsskalen bezüglich ihrer Motivation und Absichtsumsetzung (Volition) und ihrer Einstellung zum Sport in vier Gruppen (Cluster) zu unterteilen waren: keine Sportabsicht (1), mittelstarke Absicht (2), hohe Absichtsstärke bei mangelnder Umsetzungsfähigkeit (3), hohe Absichtsstärke sowie eine gelungene Umsetzung (4). Nach Fuchs & Schlicht (2012) sind sowohl die positiven **Effekte von Sport auf das psychische Wohlbefinden allgemein als auch auf Depressionen** (Mead et al., 2009, Rethorst, 2009) ausreichend bestätigt. Außerdem zeigte sich, dass sich die Behandlungsergebnisse der Kognitionstherapie signifikant verbesserten, wenn sie mit Sport bzw. anderen Handlungsaktivitäten (z.B. Erhöhung sozialer Kompetenzen) kombiniert waren (de Jong-Meyer et al., 1980, Cuijpers et al., 2010).

In Anbetracht einer krankheitsbedingten aktionalen Bewegungs- und Handlungseinschränkung ist der **körperlichen „Fitness“ eine angemessene Aufmerksamkeit zu schenken**, damit (z.B. im Anschluss an Therapien) zu erwartende Belastungen in Familie und Beruf bewältigbar sind. Den Gefahren einer erneuten Überforderung, „fühlte mich nach den ersten Tagen am Arbeitsplatz völlig erschlagen etc.“, ist deshalb frühzeitig entgegenzuwirken. Häufiger attribuieren die Betroffenen unerwartete Erschöpfungszustände irrtümlich auf psychisch-motivationale Gründe („war wohl doch nicht die richtige Entscheidung“) und nicht auf eine fehlende körperliche Leistungsfähigkeit. Zurzeit finden bei

uns wissenschaftliche Untersuchungen zum Interessens-/Aktivitätsspektrum (IAS) und zur Umsetzbarkeit gewünschten Verhaltens statt. Das IAS lässt sich bisher etwa wie folgt kategorisieren: schulische/berufliche Perspektive, soziale Kontakte und Aktivitäten (z.B. intensive Gespräche/debattieren, Gefühle zum Ausdruck bringen, an Licht und Luft sein, körperliche Betätigung, geistige Betätigung, Kultur/Kunst, Kreativität, Spiritualität, Gesang, Musik).

3.4 Therapeutische Ziele verwirklichen – psychische und physiologische Hemmungen abbauen

Die mangelnde Zielumsetzung und das damit häufig verbundene **Aufschieben** treten nicht selten in Folge oder als wesentliche Bestandteile psychischer Krankheiten auf und sind ein Anzeichen eines dysfunktionalen Belohnungssystems. Diese Problematik ist möglicherweise sowohl bei Depressionen als auch anderen Störungsbildern ein stark unterschätztes Phänomen und **wissenschaftliche Erkenntnisse aus dem Bereich „Aufschiebeverhalten“ dürften zum Erfolg von Behandlungen wesentlich beitragen**. Das Aufschieben ist möglicherweise eine Reaktion auf das Vorhandensein psychischer (z.B. Erfahrungen des Scheiterns, einen leistbaren „Einstieg“ – kleine Schritte- nicht zu finden) als auch der beschriebenen **physiologischen Widerstände** (Dominanz bestimmter Verhaltensweisen im Belohnungssystem). Steel (2011) sieht gar eine **latente Auseinandersetzung** zwischen dem Präfrontalen Kortex, Sitz der Willensentscheidungen und dem **Limbischen System, Sitz von Lust, Angst, schneller Befriedigung und Erregung**. Eine Verhaltensstörung würde in diesem Sinne bedeuten, dass sich phasenweise oder chronisch anhaltend, eine Dominanz des Limbischen Systems eingestellt hat.

Aufschieben beeinträchtigt das Selbstwertgefühl und verhindert die notwendigen Verhaltensänderungen, psychische Beeinträchtigungen zu überwinden und die Lebenssituation ausreichend zu verbessern (s. Abb. 7).



Abb. 7: Psychische und physiologische Widerstände überwinden. (NRW-Sport)

Untersuchungsergebnisse zur Prokrastination geben Hinweise darauf, dass für eine Verbesserung der Umsetzbarkeit von Zielen nicht entscheidend ist, erst die Einstellung zu den gesteckten Zielen zu verändern und zu erwarten, dass damit quasi eine automatische Umsetzung des gewünschten Verhaltens erfolgt. Sondern eher umgekehrt: Eine Umsetzung der **Verhaltensänderung in kleinen Schritten** und die damit verbundenen ersten **Erfolgserlebnisse führen zu einer Veränderung der Einstellung** (» macht ja sogar Spaß, so schlimm ist das ja gar nicht «) **und einem gesteigerten Selbstvertrauen**, das gesteckte Ziel zu verwirklichen, so dass sich positives Denken, Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl durch erfolgreiches Handeln ausprägen. Während der andere Weg, »wenn ich nur lange genug nachdenke, verändert sich das Verhalten«, weniger positive Resultate zeigt. Der Erfolg stellt sich also eher im Sinne eines **»Bottom-up«** (von unten nach oben) statt **»Top-down«**- (von oben nach unten) Prozesses ein (Rist et al., 2006). Therapeutische Bemühungen zielen deshalb darauf ab, konkrete Pläne zu entwickeln, das gewünschte Verhalten umzusetzen, den Tagesablauf sinnvoll zu strukturieren, Wochenpläne zu erstellen und alltäglich für Ausgleich und Entspannung zu sorgen. Dabei sind »Highlights« (Höhepunkte) einzuplanen, damit nicht der »graue Alltag« Einzug hält. Eine in diesem

Sinne **ausgewogene Lebensgestaltung** ist der beste Garant dafür, Rückfallgefahren zu reduzieren. Eine möglichst gute Vorausschau des zu erwartenden Belastungsniveaus und regelmäßige „Bilanzierung“ des Stressaufkommens und der Entspannungsmöglichkeiten liefern ausreichende Erkenntnisse, einerseits Pflichten und andererseits eine interessante abwechslungsreiche Tages- und Wochengestaltung in ein gutes Verhältnis zueinander zu bringen.

Die **Belohnungsfähigkeit** eines für die psychische Gesundheit und Stabilität besonders wertvollen Verhaltens erschließt sich häufig nicht unmittelbar, sondern erst nach einer Phase des Lernens, der Einübung und Erhöhung von Kompetenzen. Je nach Schwierigkeitsgrad sind bei diesem Vorgang **zunächst beträchtliche Frustrationen** zu überwinden, so dass sich der gewünschte positive Effekt des neuen oder wieder aktivierten Verhaltens auf die Gefühlslage erst allmählich - dann aber besonders effektiv und anhaltend - einstellt. Die Verankerung und ausreichend hohe Etablierung des Verhaltens im Belohnungssystem verlangt nicht selten ein erhebliches **Durchhaltevermögen**, wozu der psychisch Kranke noch nicht selbständig fähig ist und macht deshalb ein beträchtliches Ausmaß an sozialer, psychotherapeutischer und medizinischer Hilfestellung notwendig. In dieser Phase des Therapieprozesses mangelt es oftmals an therapeutischen Konzepten und ausreichender Unterstützung, eine langfristig wirksame Verhaltensänderung herbeizuführen. **Weicht** bei dem Verhaltensaufbau der erlebte **Widerstand allmählich einer Anziehungskraft**, scheint die Etablierung eines gewünschten Verhaltens gelungen. Faktoren der **Motivation, der Freude an Bewegung, dem Aufbau positiver Erlebnisse** unter **Einbeziehung moderaten Wettbewerbs**, mit besonders hohem Ablenkungs- und Entspannungseffekt –**Sport / Spiel / Spannung** - zu zweit oder in kleinen Gruppen (z.B. „Tennis“ mit einem Softball), wo der Leistungsaspekt zunächst keine oder nur eine geringe Bedeutung hat, wurden bisher zu sehr vernachlässigt. Differenziertheit und Vielfältigkeit wirken auch einer erneuten zu starken Ausprägung bzw. Eigendynamik eines bestimmten Verhaltens, nicht von einem „Extrem“ ins andere zu geraten, am ehesten entgegen.

Die Erfassung **monistischer** vs. **vielfältiger** belohnungsfähiger Interessens- und Verhaltensausprägungen sowie Vergleiche auf dieser Ebene zwischen Kontrollpersonen und verschiedenen Störungsgruppen stehen zunächst im Mittelpunkt unserer empirischen Untersuchungen, vorhandene Hypothesen zu verifizieren. Eine weitere Fragestellung lautet, in wieweit der hier dargestellte psychophysiologische Ansatz auf die Behandlung weiterer psychischer Störungsbilder (z.B. Essstörungen, Zwänge) anwendbar ist.

Literatur

- Bachmann, M. (1992) *Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa - Parallelen bei der Krankheitsgenese und dem therapeutischen Vorgehen*. Dissertation, 1990, erschienen im Universitätsverlag, Bochum: Dr. N. Brockmeyer.
- Bachmann, M. (2004) Therapie der Spielsucht. *psychomed*, 16 (3): 154-158.
- Bachmann, M. (2017) Grundsätzliches zur Spielertherapie. In G. Meyer, M. Bachmann, *Spielsucht. Ursachen, Therapie und Prävention von Glücksspielbezogenem Suchtverhalten* (4. Aufl., S. 223-296). Heidelberg: Springer.
- Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2014). *Glücksspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bachmann, M. & Röhr, H.-P. (1983) A speculative illness model of overeating and anorexia nervosa. *Psychological Reports*, 53: 831-838.
- Böning, J. & Grüsser-Sinopoli, S. M. (2008) Wie kann Suchtverhalten entstehen. In I. Gebhardt & S. M., Grüsser-Sinopoli (Hrsg.). *Glücksspiel in Deutschland* (S.561– 574). Berlin: DeGruyter.
- Böning, J. & Grüsser-Sinopoli, S. M. (2009) Neurobiologie der Glücksspielsucht. In Batthyany D. & Pritz, A. (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S.45–65). Wien: Springer.
- Beck, A. T., Rush, A. J. & Emery G. (2010) *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Beltz.
- Cuijpers, P., van Straten A., Bohlmeijer E., Hollon S. & Andersson, G. (2010) The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: A meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40: 211-233.
- De Jong, R., Ferstl, R. & Heinrich, G. (1980) Die Wirkung von Aktivitätsplänen, der Therapie sozialen Verhaltens, sowie der Therapie gedanklicher Prozesse bei schwer depressiven Prozessen. In Hautzinger M., Schulz W. (Hrsg.). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (3. Aufl., S. 141-162), Tübingen: DGVT.

- De Jong, R., Henrich, G. & Noppeney, G. (1985) Die Erfassung „antidepressiver“ Gedanken sowie der subjektiven Bewertung dieser Bewältigungsstrategien bei depressiven Patienten und nicht-depressiven Kontrollpersonen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 14 (1): 39-52.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (2012) Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität: Zum Stand der Forschung. In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.). *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (S. 1–12), Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (2): 63-73.
- Grimm, N. C. I. & Krämer, L. V. (2014) Sportliche (In-) Aktivität depressiver Patienten. Eine clusteranalytische Unterscheidung von motivationalen und volitionalen Typen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43: 104–111.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007) Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Hrsg.) *Handbook of emotion regulation* (S. 3-24), New York: Guilford Press.
- Grüsser-Sinopoli, S. M. & Albrecht, U. (2008) Glücksspielsucht: diagnostische und klinische Aspekte. In I. Gebhardt & S. M. Grüsser-Sinopoli (Hrsg.). *Glücksspiel in Deutschland* (S. 538–56), Berlin: DeGruyter.
- Grüsser, S. M., Plöntzke, B. & Albrecht, U. (2005) Pathologisches Glücksspiel – Eine empirische Untersuchung des Verlangens nach einem stoffungebundenen Suchtmittel. *Nervenarzt*, 76: 592–597.
- Hautzinger, M. (2010) Der Kognitive Ansatz in der Therapieforschung. In A. T. Beck, A. J. Rush & G. Emery: *Kognitive Therapie der Depression* (S. 357-381). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M., Stark W. & Treiber R. (1989) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression*. München: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. & Wolf, S. (2012) Sportliche Aktivität und Depression: In R. Fuchs & W. Schlicht (Hrsg.). *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität* (S. 164-185). Göttingen: Hogrefe.
- Hüther, G. (2012) Was wir sind und was wir sein könnten. Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt, S Fischer,.
- Kanfer, F. H., Reinecker H. & Schmelzer, D. (2000) *Selbstmanagement-Therapie*. 3. Aufl., Heidelberg: Springer.
- Kuhl, J. (2001) *Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Ladouceur, R. & Lachance, S. (2007) Overcoming pathological gambling. *University Press*, 98: 219–235.
- Lindenmeyer, J. (2004) Vom allgemeinen Defizitmodell zum situationsspezifischen Rückfallrisiko – Anmerkungen zur Sucht-Neurose-Debatte. *Verhaltenstherapie*, 14: 145–146
- Mead, G., Morley, W., Campell, P., Greig, C., McMurdo, M., Lawlor, D. (2009) Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Review*, 7: 1–65.
- Rethorst, C., Wipfli, B. & Landers, D. (2009) The antidepressant effect of exercise. A meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 39: 491-511.
- Rist, F., Engberding, M., Patzelt, J. & Beißner, J. (2006) Prokrastination als verbreitete Arbeitsstörung. »Aber morgen fange ich richtig an«. *Personalführung*, 6: 64–79.
- Steel, P. (2011) *Der Zauderberg*. Köln: Lübbe Ehrenwirth.

Dr. phil. Meinolf Bachmann
 Psychologischer Psychotherapeut (VT)
 Nußdorfer Str. 30
 88662 Überlingen
 Mail: meinolf.bachmann@web.de